

Stručni rad
Professional paper

Medicina 2002;38:20-23
UDK: 616.248-053.2 : 616-08

OCJENA USPJEŠNOSTI LIJEČENJA I ZBRINJAVANJA DJECE S ASTMOM

ASSESSMENT OF SUCCESSFUL TREATMENT AND MANAGEMENT OF CHILDREN WITH ASTHMA

Milena Kabalin, Branko Vukelić, Ljubomir Postolović

SAŽETAK

U razdoblju od travnja do rujna 1999. godine u Lječilištu Veli Lošinj liječilo se 147 djece, od koje 91 s bronhalnom astmom. Cilj je ova rada ocjena uspješnosti dotadašnjeg liječenja i praćenja djece s astmom, temeljem analize podataka iz povijesti bolesti, dotadašnjega kliničkog toka bolesti, rezultata provedenih pretraga te terapije odnosno profilakse bolesti. Naši rezultati upućuju na to da su liječenje i zbrinjavanje bolesnika još uvijek manjkavi, te da bi dosljedno provođenje suvremene profilakse moglo bitno utjecati i na tok i na krajnju prognozu bolesti.

KLJUČNE RIJEČI: bronhalna astma, djeca, uspješnost liječenja

UVOD

Promjene ekoloških uvjeta životne sredine čovjeka kao posljedica naglog porasta industrije, prometa, načina prehrane i sve prisutnije domestikacije, uzrokovala su promjene u humanoj patologiji i porast učestalosti pojedinih bolesti, među koje se svakako može uvrstiti i bronhalna astma.

Ovim radom, iako na malom broju ispitanika, želimo upozoriti na evoluciju bolesti, stupanj dijagnostičkih postupaka te terapiju i profilaksu bronhalne astme u njih.

ISPITANICI I METODE

U razdoblju od travnja do rujna mjeseca 1999. godine u Lječilištu Veli Lošinj liječeno je 110 djece, od koje 91 s uputnom dijagnozom bronhalne astme, odnosno njezinih sinonima. Pri uzimanju podataka oslanjali smo se na upitnik sastavljen temeljem današnje kompjutorske dijagnostike, odnosno "astma-score".

ABSTRACT

At the Cure House of Veli Lošinj, during a period from April to September 1999., 147 children were treated of whom 91 with asthma. The objective of this study was to assess the success of previous treatment and follow-up of children with asthma, by analyzing data obtained from patient records, clinical course of the disease, results of performed tests and applied therapy and prophylaxis. Our results suggest that the treatment and management of patients is still insufficient and that adequate application of modern prophylactic measures could significantly influence the course and final outcome of the disease.

KEY WORDS: asthma, children, successful treatment

Upitnik se može podijeliti u tri dijela:

1. povijest bolesti i njezin klinički tok
2. provedeni dijagnostički postupci
3. liječenje, profilaksa i edukacija roditelja i djece.

U prvoj skupini uz dob i spol djeteta, ispitali smo podatke iz obiteljske anamneze, dužinu prirodne prehrane, pušenje u obitelji, pojavu prvih smetnji, učestalost liječničkih pregleda, broj hospitalizacija u zadnjoj godini te kvalifikaciju liječnika koji liječi i prati dijete.

U drugoj smo skupini analizirali provedene pretrage: Eo/nos, Eo/periferija, Cl/znoj, alergološke testove (Prick, RIST, RAST), rezultate funkcionalnih plućnih testova te nalaz ORL-a.

U trećoj smo skupini pitanja posvetili pažnju dotadašnjem liječenju antiasmaticima, s posebnim osvrtom na primjenu kortikosteroida, provođenje astma-profilakse, te edukaciju roditelja i djece, uz vođenje dnevnih lista i mjerenje vrijednosti maksimalnog izdisaja (PERF).

Djevojčica je bilo 32 (35%), a dječaka 59 (65%). Prosječna je dob djece bila 6 godina, a prosječna dužina boravka u Lječilištu oko 2 tjedna.

REZULTATI

Analiza prvog dijela upitnika (tablica 1.) pokazuju da je 56 (62%) djece imalo pozitivnu obiteljsku anamnezu,

Ustanova: Lječilište Veli Lošinj, Veli Lošinj, Podjavori 27

Prispjelo: 29. 9. 2000.

Prihvaćeno: 14. 2. 2001.

Adresa za dopisivanje: Milena Kabalin, dr. med., specijalist školske medicine, Dom zdravlja Rijeka, Krešimirova 52/a

što znači da su se bronhalna astma, peludna hunjavica i/ili atopijski dermatitis javljali u rođaka izravne obiteljske loze.

Djece na prirodnoj prehrani duže od 3 mjeseca života, bilo je 40 (44%), do 3. mjeseca starosti 41 (45%), a 10 (11%) djece uopće nije dojeno.

Roditelji u prisutnosti djeteta puše u 40 (46%) slučajeva.

Svi su naši ispitanici imali smetnje u području dišnih putova u obliku podražajnog kašlja, hripanja i, rjeđe, zaduhe.

Smetnje u gornjim dišnim putovima, uz to, javljale su se u 26 (29%) djece, a na koži u 32 (35%). Prve su smetnje disanja najčešće započele u 3. godini života, i to u 20 (22%) djece; znatno rjeđe u ostalim razdobljima života. Treba istaknuti da su se u 15 djece (16,4%) prije smetnji disanja javile promjene na koži u obliku atopijskog dermatitisa, i to pretežito već u dojenačkom razdoblju.

Broj pregleda u liječnika u zadnjoj godini:

do 5 puta 43 (47%)

5–10 puta 33 (36%)

> od 10 puta 15 (17%)

Jednako tako, tijekom zadnje godine hospitalno je liječeno 25 djece (25%) i to; trinaestero djece jedanput, petero djece dva puta, dvoje djece tri puta, dvoje djece četiri puta, te troje djece pet puta.

Tablica 1. Anamnestički podaci i tijek bolesti n = 91

Red. br.	n	%
1. OBITELJSKA ANAMNEZA		
POZITIVNA	56	62%
2. OBITELJSKA ANAMNEZA		
NEGATIVNA	44	38%
3. PRIRODNA PREHRANA		
DO 3 mjeseca	41	45%
4. PRIRODNA PREHRANA		
DUŽE OD 3 mjeseca	40	44%
5. UMJETNA PREHRANA	10	11%
6. PUŠENJE U PRISUTNOSTI DJETETA	40	46%
7. PRVE SMETNJE SU SE POKAZALE:		
• PLUĆA (kašalj, hripanje, zaduha)	91	100%
• NOS	26	29%
• KOŽA	32	35%
8. BROJ PREGLEDA U ZADNJOJ GOD.:		
• do 5 puta	43	47%
• od 5 do 10 puta	33	36%
• više od 10 puta	15	17%
9. BOLNIČKO LIJEČENJE U		
ZADNJOJ GODINI	25	27%
10. DIJETE LIJEČI:		
Liječnik opće medicine	11	13%
Spec. pedijatar u PZZ-u	55	60%
Spec. pedijatar/pulmolog u bolnici	25	28%

Liječnik opće medicine liječio je 11 djece (13%), liječnik specijalist pedijatar ambulantno 55 (60%), te liječnik subspecijalist – pedijatar/pulmolog bolničkih odjela 25 (28%).

Tablica 2. prikazuje drugi dio upitnika koji obrađuje pretrage provedene prije dolaska u Lječilište. Tako su Eo/nos provedeni u 21 (23%) djece, Eo/periferija u 20 (22%), Kloridi/znoj u 7 (4,6%).

Spirometrijska mjerenja provedena su u 9 (9,8%) djece; Prick-test u 43 (47%), RIST u 39 (42,8%), RAST u 39 (42,8%). ORL-pregledi obavljani su u 45 (49%) djece.

Tablica 2. Dijagnostički postupci kod ispitanika n = 91

Red. br.	Vrsta pretrage	n	%
1.	Eozinofili/NOS	21	23%
2.	Eozinofili/KOMORA	20	22%
3.	Kloridi/znoj	7	7,6%
4.	Spirometrija	9	9,6%
5.	PRICK-test	43	47%
6.	RIST	39	42,8%
7.	RAST	39	42,8
8.	ORL-pregledi	45	49%

Od dotadašnje terapije treba spomenuti da je najčešće davan Ventolin i to *per os* tijekom egzacerbacije u 24 (26%) slučajeva, a inhalacijski i tijekom egzacerbacije smetnji i profilaktički u 49 (53,8%) slučajeva. Kortikosteroidi peroralno i parenteralno (Dexamethason, rjeđe Metilprednizolon) primalo je u vrijeme smetnji disanja 12 (13%) djece, a inhalacijski (Becotide, Flixotide) pretežito i tijekom egzacerbacije 21 (22%) djece. DNCG (Intal) profilaktički, ali i u vrijeme smetnji uzimalo je 11 (12%) djece. Imunoterapija je provedena kod 8 (9%) bolesnika. Od ostalih lijekova pretežito su davani antihistaminici (Dimidril, Claritine), i to kod 60 (72%) djece.

Inače je dugotrajna profilaksa provedena redovito u 11 (12%) djece, a povremeno pretežito tijekom egzacerbacije u 23 (25%) djece.

Edukacija u obliku povremenih kratkotrajnih razgovora s roditeljima, provedena je u 10 (11%) djece; "astmaškolu" nije polazio ni jedan ispitanik. Dnevna lista uz mjerenje PEFr, vodila se samo za jedno dijete.

Subjektivna ocjena stanja koju su dali roditelji, upućivala je na poboljšanje u 24 (26%) djece, nepromijenjeno stanje u 49 (54%) djece, a poboljšanje u 16 (17%). Poboljšanja su uglavnom zabilježena u one djece koja su primala kakvu-takvu profilaksu uz kontrole kod svog liječnika.

Uputne dijagnoze u naših ispitanika:

1. Bronchitis obstructiva recidivans	35 (38,4%)
2. Astma bronhale	27 (29,6%)
3. Pollinosis (Rhinosinuitis allergica)	13 (14,2%)
4. Bronchitis asthmatica/allergica i sl	10 (10,9%)
5. Dermatitis atopica/Neurodermitis	6 (6,6 %)

Tablica 3. Provedeni terapijski postupci – Uputna dijagnoza – N=91

Red. br.	Terapijski postupci i uputna dijagnoza	n	%
1.	Ventolin sirup/tablete	24	26%
2.	Ventolin-inhalacijski	49	53,8%
3.	Kortikosteroidi-parenteralno/peroralno	12	13%
4.	Kortikosteroidi inhalacijski	21	22%
5.	Dinatrijevcromoglikat (DNCG)	11	12%
6.	Imunoterapija	8	9%
7.	Ostalo (antihistaminici)	66	72%
8.	PROFILAKSA-dugotrajna i redovita	11	12%

Tablica 4. Edukacija

Red. br.	Edukacija i evaluacija stanja	n	%
1.	EDUKACIJA – redovita uz vođenje dnevne liste	10	11%
2.	EDUKACIJA – povremeno/kratkotrajno	1	1%
3.	STANJE – prema subjektivnoj ocjeni roditelja:		
	• Pобољшanje (prema ocjeni roditelja)	24	26%
	• Nepromijenjeno stanje	49	54%
	• Pogoršanje stanja	16	17%

RASPRAVA

Bronhalna je astma u zadnjih dvadesetak godina u značajnom porastu i u djece i u odraslih. Na žalost, učestaliji je pobol, a i pomor pokazuje porast. Bolest je stoga nedvojbeno ne samo značajan medicinski, već i rastući socijalni problem. To je, nadalje, najčešća kronična bolest koja dovodi dijete k liječniku. Prema novijim podacima iz SAD-a, ukupan broj astmatičara, prema definiciji iz 1991. godine, iznosi 20.673.000, od kojih djece do 15 godina ima više od 2.000.000 ili 9,5-10,2%. Godine 1990. gotovo pola milijuna ljudi je liječeno u bolnici zbog astme (476.000), od toga broja djece je bilo 36%. Prema tome astma zauzima prvo mjesto među svim bolestima koje zahtijevaju skupo bolničko liječenje. Na žalost, i stopa mortaliteta upućuje na porast od 6,2% godišnje u populaciji od 5 do 34 godine.

Djeca s astmom dvostruko češće izostaju sa školske nastave u odnosu prema svojim vršnjacima, a jedna trećina djece pokazuje izrazito smanjenje tjelesne aktivnosti. Odrasli bolesnici, kako zbog same bolesti, tako i zbog njege djeteta-astmatičara, gube u godini više od 3.000.000 radnih sati. Općenito se može reći da bolest svojim kliničkim tokom utječe ne samo na kakvoću obiteljskog života, već i na smanjenje životne produktivnosti. Tako je zbog nje u 1990. godini izgubljeno više od milijardu US \$.

Iako danas imamo na raspolaganju zadovoljavajuću i djelotvornu farmakološku terapiju koja omogućuje bolesniku normalan život zdravih vršnjaka, statistički po-

kazatelji upozoravaju da se ta terapija nedovoljno i neredovito provodi. Da bi se postiglo zadovoljavajuće kliničko stanje, nije dovoljno da samo liječnik dobro poznaje mogućnosti liječenja, već i sam bolesnik i njegova obitelj moraju aktivno sudjelovati u svim fazama liječenja i održavanja zdravstveno zadovoljavajućeg stanja, pri čemu je njihova edukacija sve značajnija.

Ako se edukacija provodi na tradicionalan način, dakle pretežito kratkim informativnim razgovorima i pojašnjenjima, samo se u 30–40% slučajeva mogu postići željeni rezultati. Temeljna je pretpostavka pritom promjena ponašanja bolesnika u odnosu na svoju bolest. To pretpostavlja stvaranje drukčijeg odnosa između svih sudionika u postupku liječenja, kako liječnika tako i malog bolesnika i njegove obitelji, čime se stvara određena uzajamnost postupaka. U pedijatriji dijete i njegova obitelj trebaju stručnog partnera za bolest. U tim slučajevima dijete bolje upoznaje vlastitu bolest, njezin nastup i težinu, kao i učinak terapije. Ispravan i sadržajan odgovor liječnika na sva postavljena pitanja dovodi do boljeg sudjelovanja djeteta u svim postupcima liječenja te do tješnje suradnje roditelja.

Najnovija američka verzija edukacijskih postupaka svodi se na pravilo "5 Rs-teaching" odnosno:

- usklađivanje ciljeva liječenja
- ponavljanje i vježbanje umješnosti postupaka u liječenju
- ponavljanje dobivenih uputa
- pojačavanje dotadašnjeg ponašanja u odnosu na bolest
- stalna kontrola, a prema potrebi i izmjene u postupcima liječenja.

Većina bolesnika može kontrolirati svoje smetnje držeći se određenih uputa liječnika u skladu s određenim programima liječenja. Mnoga djeca i njihovi roditelji nisu skloni prihvatiti termin "astma" smatrajući da se radi o neizlječivoj bolesti sa stalnim smetnjama koje onemogućavaju normalan život. Ako i jest činjenica da je potpuno izlječenje upitno, neupitno je da pridržavanje uputa i provođenje adekvatne terapije omogućuje normalan život kao u zdravih vršnjaka. Stoga je prvenstveni zadatak liječnika da te pojmove raščisti, upozna način mišljenja bolesnika i njegove obitelji, te objektivne mogućnosti za provođenje odgovarajućeg sustava liječenja. Uvijek treba istaknuti da je astma kronična bolest, upalna bolest koja dovodi do prenadraženosti svih struktura traheobronhalnog stabla, što posljedično dovodi do suženja dišnih putova i tipičnih smetnji disanja. Te se smetnje mogu izbjeći smanjenjem dodira sa štetnim podražajnim faktorima uz provođenje odgovarajuće farmakološke terapije koju pak treba uvesti što prije, već pri prvim znakovima pogoršanja, a što se lako može ocijeniti mjerenjem plućnih funkcija. Obvezno treba već na samom početku odrediti program liječenja, najbolje u pisanom obliku, prilagođen svakome pojedinom bolesniku i vrsti njegovih smetnji.

Kada liječnik i bolesnik usklade svoje poglede na postupke u liječenju, potrebno je kontrolirati njihovu uspješnost, kao i uspješnost u njihovu provođenju; pri-

mjerice tehniku inhalacije, vođenje dnevne liste, mjerenje PEFR-a i slično. Budući da edukacija pretpostavlja dugoročni proces, liječnik treba s bolesnikom češće ponavljati dogovorene postupke i kontrolirati ih. To se posebno odnosi na ponašanje bolesnika u odnosu na svoju bolest. Stoga će, primjerice, polaganje "astma-škole" umnogome pripomoći jer uz ostalo omogućuje i razmjenu sustava i raspravu o samoj bolesti između polaznika.

I na kraju, prijeko je potrebno provjeravati uspješnost dotadašnjeg liječenja i, prema potrebi, mijenjati i prilagođavati pojedine postupke.

ZAKLJUČAK

Temeljem analize naših upitnika, iako na razmjerno malom broju ispitanika, slobodni smo zaključiti sljedeće:

1. Pri postavljanju dijagnoze u svakodnevnoj se praksi nedovoljno upotrebljavaju sve dijagnostičke mogućnosti, primjerice mjerenje plućnih funkcija.
2. Nepotrebno se izbjegava upotreba termina "astma", čime se samo zamagljuje pravo stanje.
3. Rijetko se i nedovoljno provodi sustavna edukacija djece i roditelja, što se odražava i na samu uspješnost liječenja.
4. Zdravstveno-turističku ponudu trebalo bi obogatiti sustavnom edukacijom roditelja i djece općeprihvaćenim smjernicama/programom.

Sve to može dovesti do povoljnije prognoze same bolesti.

LITERATURA

1. Vukelić B., Ratkajac I., Plasaj T., Gagro I., Primjena računala u astma programu za djecu. *Medicina* 1990; 26: 53-58.
2. Vukelić B., Plasaj T., Nikolić B., Gagro I., Bulat-Kardum Lj., Banac S. Computers diagnostic in childhood asthma. Abstracta 1th Berliner simposium. Berlin, 1990; 45.
3. Petermann F. Grundlagen des erfolgreichen Asthma-Managements. U: Petermann F., Lecheler J. Asthma bronchiale im Kindes-und Jugendalter. Quintessenz-Verlags. Munchen, 1991; 33-35.
4. Oseid S., Aas k. Asthma bronchiale: Ein ganzheitlicher medizinischer Behandlungsansatz. U: Petermann F., Lecheler J., Asthma bronchiale im Kindes-und Jugendalter. Quintessenz-Verlags. Munchen, 1991; 113-119.
5. Evans R.III., Gergen P.J. Epidemiology of Allergy and Asthma. U: Bierman C.W., Pearlman D.S., Shapiro G.G., Busse W.W. Asthma and Immunology from infancy to Adulthood. 3th edition Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo: Saunders W.B. comp., 1996; 84-86.
6. Taggart V.S., Rachelehsy G.S. Patient Education: Creating a partnership for affective Asthma Care. U: Bierman C.W., Pearlman D.S., Shapiro G.G., Busse W.W. Asthma and Immunology from infancy to Adulthood. 3th edition Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo: Saunders W.B. comp., 1996; 268-279.
7. Bierman C.W., Shapiro G.G. Evaluation and Treatment of the Patient with Asthma. U: Bierman C.W., Pearlman D.S., Shapiro G.G., Busse W.W. Asthma and Immunology from infancy to Adulthood. 3th edition Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo: Saunders W.B. comp., 1996; 502-510.